

شماره: ۱۸۳۴۴/۲/س

تاریخ: ۸۱/۲/۱۸

(ICU)

:

بخش مراقبت ویژه ICU در هر بیمارستان مطابق با تشکیلات سازمانی بیمارستان و با رعایت مشخصات لازم در ضوابط و ارزشیابی مشخص میگردد.

:

ایجاد بخش مراقبت ویژه و توزیع تخت متناسب با نوع فعالیت بیمارستان واصل دسترسی آسان برای همه بر اساس نظام سطح بندی خدمات بستری کشور تعیین می شود.

:

تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز بخش مراقبت های ویژه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بر اساس استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستانهای عمومی کشور مصوب مرداد ماه ۱۳۷۶ تعیین میگردد و در بیمارستانهای خصوصی نیز مطابق همین ضوابط خواهد بود.

:

ریاست بیمارستان موظف است یک نفر از پزشکان شاغل در آن بیمارستان را که در مفاد دوره بالینی تخصصی خود دوره ICU (Intensivist، متخصصین داخلی، متخصصین ریه و متخصصین بیهوشی) پیش بینی شده است، را بر اساس قابلیت، تجربه و تبحر علمی و عملی بعنوان ریاست بخش ICU منصوب نماید. (ترتیب ذکر شده تخصصها مبنای تعیین اولویت نمی باشد) تبصره ۱: در صورتی که انتخاب رئیس بخش ICU از گروههای فوق امکان پذیر نباشد ریاست بیمارستان می تواند از سایر گروههای تخصصی که دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاهها را گذرانده باشند، یک نفر را بعنوان ریاست بخش انتخاب نماید.

تبصره ۲: در ICU های تخصصی نظیر NICU (Neonatal ICU) PICU (Pediatric ICU) ICU های جراحی اعصاب یا سوختگی ریاست بخش می تواند از بین گروه های تخصصی مرتبط انتصاب گردد.

تبصره ۳: شرح وظایف و حقوق اداری مالی ریاست بخش ICU مطابق با ضوابط موجود برای سایر روسای هر گروه تخصصی بیمارستان می باشد.

:

سر پرستار بخش مراقبتهای ویژه از کارشناسان ارشد هوشبری یا پرستارانی که دوره خاصی تحت عنوان طب مراقبت ویژه راطی نموده اند انتخاب خواهد شد. پرستاران با سه سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نیز بعنوان اولویت دوم میتوانند به سمت سر پرستار بخشهای ویژه انتخاب شوند.

:

هر شیفت کاری بخش مراقبت های ویژه توسط پزشک مقیم ICU اداره می شود و بخش باید به ازای هر دو تخت یک پرستار، یک کمک بهیار و یک نفر خدمتگذار جهت خدمات عمومی داشته باشد.

تبصره ۱: بیمارستانهایی که علاوه بر ICU دارای PostICU میباشند پزشک مقیم ICU نظارت درمانی بر بخش PostICU را نیز بعهده میگیرد.

تبصره ۲: هر پزشک مقیم ۶ تخت ICU و ۳ تخت PostICU را همزمان میتواند اداره کند.

تبصره ۳: پزشک مقیم ICU پزشکی است که دوره آموزشی ICU (مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را طی تحصیلات تخصصی خود تحصیل کرده باشد نظیر (Intensivist، متخصصین داخلی، متخصصین ریه و متخصصین بیهوشی) و یا پزشکی که دوره تکمیلی مرتبط با ICU را گذرانده باشند میتوانند بعنوان پزشک مقیم انتخاب شوند.

تبصره ۴: دستورالعمل شرح وظایف پزشک مقیم مطابق با مفاد ضمیمه (۱) لازم الاجرا است.

تبصره ۵: دوره آموزشی ICU برای پزشکان بسته به نیاز و شرایط مقتضی و صلاح دید می تواند توسط وزارت مطبوع تدوین و برگزار گردد.

:

تعیین درجه بندی بخش مراقبت ویژه بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستانهای عمومی کشور مصوب مرداد ۱۳۷۶ انجام می شود.

:

خدمات ارائه شده پزشکی که تحت نظر پزشک مقیم در ICU ارائه می شود مطابق با نظام نوین پرداخت و قوانین جاری محاسبه و پرداخت خواهد شد.

الف) به ازای هر بیمار بستری در صدی از هزینه تخت روز ICU جهت خدمات پزشکی بصورت گلوبال مطابق دستورالعمل شورایعالی بیمه پرداخت خواهد شد.

ب) حق ویزیت پزشک معالج و مشاور طبق روال و برابر مقررات موجود محاسبه می شود.

ج) احتساب عملکرد پزشکان مقیم در ICU با توجه به خدمات درمانی ارائه شده در کل محاسبه و بین پزشکان ICU بر اساس طرح نظام نوین پرداخت و با نظر ریاست بیمارستان و رئیس بخش ICU تعیین خواهد شد.

د) در صورتیکه بیمار نیاز به اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی غیر معمول و خارج از ICU داشته باشد طبق مقررات موجود جداگانه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره: بیمارستانهایی که در بخش ICU پزشک مقیم با شرایط مندرج در این دستورالعمل را ندارند تعرفه ذکر شده در بند الف ماده ۸ را دریافت کنند (به صورتیکه کسر هزینه خدمات پزشکی قابل پرداخت نخواهد بود)

:

تمامی بیمارستانهای که حداقل دارای ۵ تخت ثابت ICU می باشند موظف اند پس از یکسال از تصویب این دستورالعمل بخش مراقبت ویژه را باضوابط آن تطبیق دهند.

تبصره: اجرای دستورالعمل فوق برای بیمارستانهایی که کمتر از ۵ تخت ICU دارند اجباری نیست.

:

خدمات پایه در بخش ویژه بر عهده پزشک مقیم است که از بین پزشکان (Intensivist، متخصصین داخلی، متخصصین ریه و متخصصین بیهوشی) برگزیده می شوند. این خدمات عبارتند از:

الف) ارزیابی بیماران قبل از پذیرش به بخش مراقبت ویژه به صورت معاینه بالینی و درج یافته هادر برگ مشاوره (درخواست شده بوسیله پزشک معالج اولیه) بعهد پزشک مقیم می باشد.

ب) در مواردی که ظرفیت واحد مراقبت ویژه محدود است تعیین اولویت پذیرش یا جابجایی بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه (با تشخیص پزشکان معالج و مشاور) به مسئولیت پزشک مقیم می باشد.

ج) تصمیم گیری نهایی پس از هماهنگی لازم درمورد دستورات پزشکان معالج و مشاور بعهد پزشک مقیم است.

د) خدمات پایه پزشکی برای بیماران بد حال که نیازمند توجه مستمر و ویزیتهای پزشکی متوالی می باشد نظیر پایش بیمار (مانیتورینگ)، کنترل وضعیت بیمار، تجویز دارو و دستورات پزشکی توسط پزشک مقیم انجام می پذیرد.

:

پزشکان مقیم باید بطور مداوم و شبانه روزی در بخش مراقبت ویژه حضور داشته باشند و ترک بخش ممنوع است. شیفت های مختلف شبانه روزی و تعطیلات با نظر رئیس واحد مربوطه برنامه ریزی خواهد شد.

:

پذیرش بیماران در بخش مراقبت ویژه بنا به درخواست پزشک معالج و با تایید پزشک مقیم ICU می باشد.

:

ریاست بخش، پزشک مقیم و سرپرستار موظف اند مفاد دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت در ICU را مطالعه، رعایت و بر انجام آن نظارت نمایند.

بدیهی است این اقدام مبنای ارزشیابی های تخصصی حوزه معاونین درمان در سراسر کشور برای مراقبت و ارزشیابی خواهد بود. ضمناً سازمانهای بیمه گر نیز بر این استناد پرداخت می نمایند.

ICU

ماده ۱: محل اقامت پزشک مقیم در زمان کشیک در اتاقی در داخل یا مجاور ICU می باشد بطوریکه با صرف کمترین زمان بتوان به او دسترسی داشت.

ماده ۲: پزشک مقیم حق ترک ICU را در زمان انجام کشیک ندارد (مگر در مقاطع زمانی کوتاه جهت انجام فرایض و انجام مشاوره ها و صرف غذا با هماهنگی لازم)

ماده ۳: پزشک مقیم موظف است در زمان تعویض شیفت در ICU حضور داشته و بیماران را به پزشک بعد معرفی و تحویل نماید.

تبصره ۱: بندهای ۱ تا ۳ جهت مراکز ICU پیش از ۴ تخت ثابت الزامی می باشد.

ماده ۴: پزشک مقیم موظف است در اسرع وقت پاسخگوی مشاوره های درخواستی ICU باشد .

بند الف) لازم است انتخاب بیمار برای بستری شدن در ICU بر اساس اندیکاسیونهای کلاسیک انجام گیرد.

بند ب) برای انتخاب بیمارانی که اندیکاسیون بستری در بخش ICU دارند در شرایط مساوی بیمارانی در اولویت قرار می گیرند که شرایط بهره مندی بیشتری از بخش ICU ببرند . بطوریکه احتمال مرگ و میر آنها کمتر و بستری شدن در ICU پیش آگهی بهتری را برای آنها ایجاد کند.

ماده ۵: پزشک مقیم موظف است در بدو ورود از بیمار شرح حال کامل و معاینه کامل بعمل آورده در پرونده بیمار ثبت نماید.

بند الف) لازم است بطور روزانه گزارش پیشرفت سیر بیماری در پرونده ثبت گردد.

بند ب) SCOR بررسی وضعیت فیزیولوژیک حاد و مزمن سلامت در بدو ورود و روز های بعد جهت تعیین پیش آگهی بیماری در پرونده بیمار ثبت گردد.

ماده ۶: لازم است در بدو ورود بیمار جهت انجام هر گونه اعمال تشخیصی درمانی و پیامد های احتمالی در ICU رضایتنامه ای که توسط پرستار بخش ICU در اختیار قیم یا خانواده درجه یک قرار داده شده است در پرونده بیمار منظم نماید .

ماده ۷: پزشک مقیم موظف است مفاد دستور العمل کنترل و پیشگیری عفونت در ICU را مطالعه ، رعایت و با همکاری سرپرستار بخش بر انجام آن نظارت نماید.

ماده ۸: پزشک مقیم موظف است با همکاری پزشک معالج مربوطه اقدام به تنظیم دستورات لازم روزانه بیمار نماید.

ماده ۹: ترخیص بیمار از بخش ICU بایست بانظر و هماهنگی پزشک معالج بیمار انجام گردد.

دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت در بخش های ویژه (ICU)

کنترل عفونت در بخش های ویژه (ICU) عمدتاً بر اساس دو محور اساسی مهندسی ICU و مدیریت پرسنل آن می باشد که در کنار یکدیگر لازم و ملزوم یکدیگرند و برای نیل به هدف کنترل عفونت در ICU ها رعایت نکات لازم در هر کدام از این محورها الزامی است.

۱. تناسب مساحت بخش با تعداد تختها: بایستی فضای کافی در اطراف هر تخت برای وسایل و دسترسی پرسنل به بیمار و وسایل وجود داشته باشد.
۲. طراحی ICU بگونه ای باشد که هر بیمار در یک اتاقک قرار داشته باشد در صورتیکه بخش بصورت یکدست (Big Ward) است بایستی اتاق ایزوله جهت مراقبت از بیماران عفونی وجود داشته باشد.
۳. در ورودی بخش بایستی یک اتاق مخصوص تعویض لباس پرسنل و شستشوی دستها جهت کلیه کادر پزشکی وجود داشته باشد.
۴. موقعیت و تعداد مناسب دستشویی بطوریکه کلیه کادر پزشکی به راحتی بتوانند بطور مکرر دستهای خود را بشویند ترجیحاً وسایل خشک کننده مناسب نظیر خشک کن برقی در نزدیکی هر دستشویی قرار داده شود.
۵. ایجاد محلهای مناسب جداگانه جهت نگه داری وسایل تمیز، شستشوی وسایل و وسایل نظافت بخش.
۶. تعبیه اتاقک مخصوص نگهبان بطوریکه از محیط ICU جدا باشد.
۷. شستشو و ضد عفونی وسایل مراقبتی و درمانی بیماران بر اساس استانداردهای هر وسیله که توسط کارخانه سازنده توصیه شده و توسط کمیته کنترل عفونت تایید شده است نظیر دستگاههای ونتیلاتور و...
۸. دسترسی به تعداد کافی وسایل مراقبتی و درمانی بطوریکه زمان کافی برای شستشو، گند زدایی و سترون سازی وسایل وجود داشته باشد این کار در طولانی مدت مقرون به صرفه خواهد بود.
۹. رعایت اصول استفاده و مراقبت از وسایلی که در تماس با بیمار می باشد نظیر کاتتر های ادراری، عروقی، تنفسی و...

ICU

مدیریت ICU بایستی همزمان به سه جنبه توجه داشته باشد:

۱. پرسنل
۲. پایش کنترل عفونت
۳. بیماران

۱. پرسنل

الف (آموزش: مهارت پرسنل در امور مربوط به ICU بسیار مهم است. بنابراین بایستی آموزش مداوم جهت تکنولوژی جدید و نحوه استفاده از وسایل جدید بیماری نو ظهور و مرور روی آموزشهای قبلی وجود داشته باشد.

ب (مهارت و تجربه: بهتر است که پرسنل تازه کار رادر ICU به کار نگرفت و از تعویض مکرر پرسنل پرستاری در این بخشها خودداری شود. دانشجویان نیز در آخر دوره آموزشی ICU را بگذرانند و ICU تجربه اولیه آنها از بخشهای آموزشی نباشد.

ج (مسئولیت: آگاه کردن کادر درمانی از مسئولیت و نقششان در جلوگیری از انتشار عفونت.

د (حتی الامکان رعایت نسبت یک به یک پرسنل به بیمار و در صورتیکه این شرایط مقدور نباشد پرسنل مراقبت از بیماران عفونی از بیماران غیر عفونی مجزا باشد.

۲. پایش کنترل عفونت

الف (نظارت سرپرستار بر رفتار و عملیات کلیه کادر درمانی بطوریکه یک رفتار غلط سریع شناسایی شود و قبل از اینکه بصورت عادت در آید جلوی آن گرفته شود .

ب (نظارت بر کیفیت مراقبتهای درمانی

ج (مراقبت عفونت بیمارستانی : نظارت بر میزان بروز شیوع عفونت های بیمارستانی ، شناسایی عفونتها و گزارش دهی

۳. بیماران

الف (بستری نمودن بیمارانی که نیاز به مراقبت ویژه پزشکی دارند نه هر نوع بیماری

ب (ترخیص هر چه سریعتر بیماران از ICU به محض ایجاد وضعیت مناسب پزشکی

ج (تشخیص سریع و دخالت به موقع در عفونتهای بیمارستانی در هر بیمار و هنگام بروز اپیدمی

ICU

جدا سازی بیماران (Isolation)

۱- جدا سازی و حفظ فاصله بین بیماران جدید از بیماران قدیمی تر که احتمال کلونیزاسیون و عفونت دارند حتی

الامکان پرسنل این بیماران نیز بایستی مجزا باشند و ویزیت بیماران عفونی به عنوان بیمار آخر

۲- جداسازی بیماران عفونی شده بر حسب محل عفونت، راه انتقال، مقدار و نوع ترشحات آلوده ، نوع و تهاجم میکرو

ارگانیسم مربوطه و حساسیت آنتی بیوتیکی آن

۳- جلوگیری از جابجایی مکرر بیمار در بین بخشهای مختلف بیمارستان.

۴- مشخص کردن فلور کلونیزه و حساسیت آنتی بیوتیکی آن در هر بیمار و درج در پرونده و گزارش آن به هنگام

ارجاع بیمار به واحد درمانی دیگر

۵- جهت کنترل تردد در بخش رعایت اصل ملاقات ممنوع ، برگزاری راند آموزشی در خارج از محل نگهداری

بیماران و انجام راند درمانی بیمار فقط توسط پزشکان مختص آن بیمار.

شستشوی دستها

۱. بایستی نظارت مستمر توسط سر پرستار یا پزشک مسئول بخش روی این امر مهم وجود داشته باشد و آموزش مداوم داشته باشد.

۲. استفاده از مواد صابونی همراه با ضد عفونی کننده مناسب دستها نظیر کلرو هگزیدین بخصوص بعد از تماس با بیماران عفونی ارجحیت دارد.
استفاده از وسایل حفاظتی

۱. دستکش: برای بیماران عفونی استفاده از دستکش توصیه می شود و بایستی برای هر بیمار از یک دستکش استفاده کرد. استفاده از دستکش به معنای عدم نیاز به شستشوی دستها نمی باشد.

۲. گان: برای بیماران عفونی و بیمارانی که کار با آنها احتمال پاشیدگی خون و ترشحات دارد پوشیدن گان مخصوص همان بیمار لازم است این گان بایستی روزی یکبار عوض شود اما در صورتیکه آلودگی ظاهری داشته باشد بایستی فوراً عوض شود.

۳. عینک و ماسک: در صورتیکه هنگام کار با بیمار احتمال پاشیدگی خون و ترشحات به صورت وجود دارد بایستی از عینک و ماسک استفاده شود.

۴. تعویض لباس: پرسنلی که در تماس مداوم با بیمار هستند نظیر پرستاران بایستی که در هنگام ورود به بخش لباس خود را تعویض نمایند. اما پرسنلی که در تماس با بیمار نمی باشند یا کوتاه مدت در بخش حضور دارند نیازی به تعویض لباس جهت ورود به بخش ندارند و در صورتیکه نیاز به تماس با بیمار دارند بایستی از گان ویژه همان بیمار استفاده نمایند.

۵. کفش: جهت ورود به بخش لازم است از کفش یا دمپایی مخصوص بخش استفاده گردد.